

CLASE DE NOMBRAMIENTO

CONCURSO DE TRASLADOS	COMISION DE SERVICIO
PRACTICAS	PROVISIONAL
REINGRESO	OTROS

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____
 D.N.I.: _____ F. de Nacimiento: _____ Provincia: _____

Teléfono/s: _____

Títulos que posee: _____

Especialidad de la Oposición: _____

Último curso trabajado en la Dirección Provincial de Educación de Valladolid _____

Número de Seguridad Social: _____

PROFESOR

Nuevo centro destino: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Cuerpo: _____
 Especialidad: _____
 Itinerante: _____

% IRPF solicitado en nómina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA				<i>DIRECCION SUCURSAL</i>
IBAN	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	D.C.	<i>NUMERO DE CUENTA</i>

**DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE
INCOMPATIBILIDAD**

A los efectos previstos en el artículo diez de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas y del artículo 31 del Decreto 227/1997, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Incompatibilidades del personal al Servicio de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (B.O.C. y L. de 25), declara que no viene desempeñando ningún puesto o actividad en el sector público ni realiza actividades privadas incompatibles o que requieran reconocimiento de compatibilidad.

Tampoco percibe pensión de jubilación, retiro u orfandad por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social público y obligatorio.
 Valladolid, a _____, de _____ de _____

CLASE DE NOMBRAMIENTO

CONCURSO DE TRASLADOS	COMISION DE SERVICIO
PRACTICAS	PROVISIONAL
REINGRESO	OTROS

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____
 D.N.I.: _____ F. de Nacimiento: _____ Provincia: _____

Teléfono/s: _____
 Títulos que posee: _____

Especialidad de la Oposición: _____

Último curso trabajado en la Dirección Provincial de Educación de Valladolid

Número de Seguridad Social: _____

PROFESOR

Nuevo Centro Destino: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Cuerpo: _____

Especialidad: _____
 Itinerante: _____

% IRPF solicitado en nómina:

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA				<i>DIRECCION SUCURSAL</i>
IBAN	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	D.C.	<i>NUMERO DE CUENTA</i>

**DECLARACIÓN DE NO ESTAR AFECTADO DE
INCOMPATIBILIDAD**

A los efectos previstos en el artículo diez de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas y del artículo 31 del Decreto 227/1997, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Incompatibilidades del personal al Servicio de la Administración de la Comunidad de Castilla y León (B.O.C. y L. de 25), declara que no viene desempeñando ningún puesto o actividad en el sector público ni realiza actividades privadas incompatibles o que requieran reconocimiento de compatibilidad.

Tampoco percibe pensión de jubilación, retiro u orfandad por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social público y obligatorio.
 Valladolid, a _____, de _____ de _____